

.....  
pieczętka i data wpływu MOPR



NR SPRAWY: .....

**WNIOSEK**  
**o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji**  
**Osób Niepełnosprawnych zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny**

(Dofinansowanie nie może obejmować kosztów realizacji zadania poniesionych przed przyznaniem środków finansowych i zawarciem umowy o dofinansowanie ze środków Funduszu)

**1. Dane Wnioskodawcy:**

IMIĘ I NAZWISKO .....

MIEJSCE ZAMIESZKANIA: TORUŃ, UL. ....

DATA URODZENIA ..... PESEL .....

SERIA I NR DOWODU OSOB. .... NR TEL. ....

STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI .....

ZASIŁEK/DODATEK PIEŁĘGNACYJNY (TAK/NIE) .....

OSOBA PRACUJĄCA (TAK/NIE) .....

OSOBA UCZĄCA SIĘ (TAK/NIE) .....

**2. Informacja o korzystaniu ze środków PFRON:**

nie korzystałem/am				<input type="checkbox"/>
korzystałem/am				<input type="checkbox"/>
Cel (nazwa programu i/lub zadania, w ramach którego przyznana została pomoc)	Przedmiot dofinansowania (co zostało zakupione ze środków PFRON)	Numer i data zawarcia umowy	Kwota przyznana (w zł)	Stan rozliczenia (kwota do zwrotu w zł)
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....

3. Rodzaj wnioskowanego sprzętu rehabilitacyjnego:

Sprzęt rehabilitacyjny	Ilość dokumentów potwierdzających wycenę sprzętu
.....	.....

Uzasadnienie składanego wniosku (miejsce realizacji zadania i cel dofinansowania):

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

4. Przewidywany koszt realizacji zadania wynosi:

Kwota:..... (słownie:.....zł)

5. Wysokość kwoty wnioskowanego dofinansowania ze środków Funduszu w zł (do 80% kosztów):

Kwota:..... (słownie:.....zł)

6. Forma przekazania przyznanych środków finansowych:

Odbiór w Kasie MOPR*	
Przelew na konto osobiste w Banku *..... Nr ..... ..... należące do.....	
Przelew na konto firmy, w której został dokonany zakup*	

\* właściwe zakreślić

7. **Oświadczenie:**<sup>1</sup>

/ wypełnia wnioskodawca, przedstawiciel ustawowy lub opiekun prawny /

Ja .....  
.....

imię i nazwisko

zam. ....

adres

Upředzona/y o odpowiedzialności karnej z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego\* oświadczam co następuje:

a) **Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym (wraz z wnioskodawcą)**  
**wynosi .....**

b) Przeciętny **miesięczny** dochód rodziny, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, **podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym**, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, w którym składany jest wniosek, wynosił ..... zł.

\* Art. 233 § 1 KK – Kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.

Upředzona/y o odpowiedzialności wynikającej z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego oświadczam, że dane zawarte we wniosku oraz w załącznikach są zgodne ze stanem faktycznym. O zmianach zaistniałych po złożeniu wniosku zobowiązuje się poinformować w ciągu 14 dni.

.....  
data i podpis pracownika MOPR

.....  
data i podpis Wnioskodawcy

Przedstawiciel ustawowy ( dla małoletniego Wnioskodawcy), opiekun prawny lub pełnomocnik

Imię i nazwisko ..... Adres zamieszkania .....

Seria i Nr dowodu osobistego ..... Pesel .....

Ustanowiony opiekunem\* / pełnomocnikiem\* .....

( postanowieniem Sądu Rejonowego z dn. .... sygn. art.\* / na mocy pełnomocnictwa  
potwierdzonego przez Notariusza ..... z dn. .... repet. nr ..... )

\* niepotrzebne skreślić

#### **Załączniki:**

- a/ Kopia ważnego orzeczenia o znacznym, umiarkowanym bądź lekkim stopniu niepełnosprawności wydanym przez zespoły ds. orzekania o niepełnosprawności, orzeczenia lekarza orzecznika ZUS, równoważnego orzeczenia KIZ lub orzeczenia lekarza orzecznika KRUS wydanego do 31.12.1997 r. (orzeczenia KRUS po 1.01.1998 r. z mocy ustawy nie są honorowane),
- b/ W przypadku dzieci do 16 roku życia kopia orzeczenia o niepełnosprawności;
- c/ Faktura pro forma lub oferta cenowa potwierdzająca wycenę wnioskowanego sprzętu rehabilitacyjnego;
- d/ Zaświadczenie lekarskie potwierdzające konieczność prowadzenia rehabilitacji w warunkach domowych przy użyciu sprzętu rehabilitacyjnego wyszczególnionego na wniosku, **wydane przez lekarza specjalistę**;
- e/ W przypadku dzieci i młodzieży uczącej się do 24 roku życia zaświadczenie ze szkoły o kontynuowaniu nauki;
- f/ **Dowód osobisty do wglądu.**



## **KLAUZULA INFORMACYJNA O PRZETWARZANIU DANYCH**

1. Administratorem Pana/i danych osobowych jest Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Toruniu przy ul. Słowackiego 118a, adres korespondencyjny: ul. Słowackiego 114, tel. 56 650 85 65; 56 650 85 62.
2. W sprawach związanych z ochroną danych osobowych i realizacją Pana/i praw może się Pan/i kontaktować z Inspektorem Ochrony Danych Osobowych mailowo: [iodo@mopr.torun.pl](mailto:iodo@mopr.torun.pl), telefonicznie: 56 650 85 65 wew. 160 lub pisemnie na adres: ul. Słowackiego 114, 87-100 Toruń.
3. Pana/i dane osobowe będą przetwarzane w celu udzielenia pomocy lub wsparcia na podstawie przepisów prawa:
  - ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2025 r. poz. 913 ze zm.);
  - ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 1483 ze zm.);

### **w związku art. 6 ust 1 lit c RODO.**

4. Podane dane będą przetwarzane w wersji papierowej, w Systemie Obsługi Wsparcia (SOW) oraz w systemie informatycznym TT-POMOC. Program TT POMOC posiada: homologację Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej.
5. Podanie przez Pana/ią danych jest wymagane przepisem prawa.  
Natomiast w przypadku pozyskiwania numeru telefonu i adresu mailowego podanie danych w celu otrzymywania informacji zwrotnej w ten sposób - ma charakter dobrowolny.
6. W przypadku niepodania przez Pana/ią danych zostanie wydane zawiadomienie o pozostawieniu sprawy bez rozpoznania, o którą Pan/i wnioskuje.
7. Pana/i dane osobowe przechowywane będą przez okres zgodny z przepisami prawa i określony w Jednolitym Rzeczowym Wykazie Akt dla Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Toruniu wprowadzonym Zarządzeniem Nr 20/15 Dyrektora Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Toruniu z dnia 30 grudnia 2015 r. w sprawie wprowadzenia Instrukcji Kancelaryjnej, Jednolitego Rzeczowego Wykazu Akt dla Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Toruniu, Instrukcji o organizacji i zakresie działania składnicy akt w Miejskim Ośrodku Pomocy Rodzinie w Toruniu, następnie podlegać będą ocenie archiwalnej w zakresie zniszczenia lub dalszego okresu przechowywania.
8. Podane dane osobowe mogą być udostępnione wyłącznie podmiotom uprawnionym do ich otrzymania na podstawie przepisów prawa oraz realizatorom projektów i usług realizujących zadania statutowe Ośrodka w ramach zlecenia zadań.
9. Administrator nie przekazuje Pana/i danych poza teren Polski/Unii Europejskiej.
10. Posiada Pan/i prawo do:
  - 1) dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii,
  - 2) sprostowania (poprawiania) swoich danych,
  - 3) ograniczenia przetwarzania danych: ma Pan/i prawo żądać ograniczenia przetwarzania wyłącznie do przechowywania Pana/i danych osobowych w przypadku:
    - przekonania Pana/i, że posiadane przez nas dane są nieprawidłowe lub przetwarzane bezpodstawnie,
    - nie życzy Pan/i sobie aby dane zostały usunięte, gdyż będą Panu/i potrzebne do ustalenia, dochodzenia lub ochrony roszczeń.
  - 4) wniesienia skargi do organu nadzorczego,
  - 5) modyfikacji zgody jak również rezygnacji z otrzymywania informacji drogą telefoniczną i mailową (rezygnacji można dokonać składając pisemne oświadczenie).

Szczegółowych informacji jak złożyć żądanie związane z realizacją praw udziela Inspektor Ochrony Danych.

W celu złożenia żądania związanego z wykonaniem praw należy skierować wniosek na adres mailowy [iodo@mopr.torun.pl](mailto:iodo@mopr.torun.pl) lub udać się do siedziby w Toruniu, przy ul. Słowackiego 114.

Przed realizacją Pana/i uprawnień będziemy musieli potwierdzić Pana/i tożsamość (dokonać Pana/i identyfikacji).

.....  
data i podpis Wnioskodawcy